UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 11

ACTION

DU

TRAITEMENT MERCURIEL

SUR

CERTAINES CIRRHOSES DE LAËNNEC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 juillet 1922

PAR

PAVLOVITCH (Mladen)

Né à Soko-Bagna (Serbie), le 20 février 1898

Diplômé d'hygiène de l'Université de Montpellier

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

DUCAMP, Professeur, *Président.*

VEDEL, Professeur. } *Assesseurs*

LEENHARDT, Agrégé.

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE D'ÉDITIONS D'ART

14, Avenue de Toulouse, 14

Téléphone 8-78

1922

ACTION

DU

TRAITEMENT MERCURIEL

SUR

certaines cirrhoses de Laënnec

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 11

ACTION
DU
TRAITEMENT MERCURIEL
SUR
CERTAINES CIRRHOSES DE LAËNNEC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 juillet 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

PAVLOVITCH (Mladen)

Né à Soko-Bagna (Serbie), le 20 février 1898

Diplômé d'hygiène de l'Université de Montpellier

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse — DUCAMP, Professeur, *Président.* — VEDEL, Professeur. — LEENHARDT, Agrégé. — *Assesseurs*

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE D'ÉDITIONS D'ART

14, Avenue de Toulouse, 14

Téléphone 8-78

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON. GRYNFELTT.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale	TEDENAT. FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et BAUMEL.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. GRYNFELLT.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL (F.).

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT. GAUSSEL. EUZIERE. RIMBAUD. MARGAROT.	Chirurgie	MM. RICHE. ETIENNE. LAPEYRE.
Anatomie	DELMAS (J.).	Accouchements	DELMAS (P.)
Chimie	MESTREZAT.	Histoire natur.	GALAVIELLE. CABANNES.
		Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse :

MM. DUCAMP, prof^r^, *président.*
VEDEL, professeur.

M. LEENHARDT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

Témoignage d'affection filiale
et de reconnaissance éternelle.

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

M. PAVLOVITCH.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage de vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT

Je les remercie d'avoir bien voulu accepter d'être membres de mon jury de thèse.

M. PAVLOVITCH.

ACTION

DU

TRAITEMENT MERCURIEL

SUR

certaines cirrhoses de Laënnec

INTRODUCTION

Quand on parle de cirrhose de Laennec, on a presque toujours en vue la cirrhose atrophique d'origine alcoolique : il s'agit alors d'une maladie de pronostic très grave, et les cas où l'ascite cesse spontanément de se reproduire après quelques ponctions, cas qui ont été signalés par Gilbert, sont si rares, que l'on peut les considérer comme exceptionnels. La mort survient presque toujours après une évolution qui dépasse rarement deux années.

Mais les travaux publiés dans ces dernières années ont montré de mieux en mieux que la cirrhose de Laënnec devait plutôt être considérée comme un syndrome si classique que nous ne le décrirons pas et que ce syndrome pouvait se produire sous l'influence d'infections et d'intoxications diverses ; si l'alcoolisme en est la cause habituelle, elle n'en est pas toujours l'unique facteur ;

on a incriminé la tuberculose, on a incriminé le paludisme, on a incriminé surtout la syphilis.

Et, dans ce dernier cas, ce qui est le plus remarquable, c'est la puissance des agents thérapeutiques antisyphilitiques, qui contraste avec l'impuissance des diverses méthodes, tant médicales que chirurgicales, qui se proposaient de lutter contre la cirrhose alcoolique.

Nous devons à l'obligeance de notre Maître, M. le professeur Ducamp, deux observations de guérisons remarquables du syndrome de Laënnec par le traitement mercuriel. Il nous a semblé intéressant d'étudier cette question spéciale du traitement mercuriel des cirrhoses du type Laënnec d'origine syphilitique.

Qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Ducamp de l'enseignement si précis et si méthodique qu'il a bien voulu nous donner, et de la bienveillance qu'il nous a témoignée en nous livrant ces observations qui font l'objet de notre thèse.

Que tous ceux dont nous avons pu apprécier le généreux accueil reçoivent le témoignage de notre reconnaissance ; ils ont contribué à rendre plus agréables les années passées loin de notre patrie, et nous ont prouvé une fois de plus que nous étions venu dans un pays ami du nôtre, la France généreuse et hospitalière.

HISTORIQUE

L'historique des cirrhoses à type Laënnec curables par le traitement spécifique, donc d'origine syphilitique, se compose de deux grandes questions : il y a tout d'abord la question de l'historique de la cirrhose du foie, et la question de l'historique des péritonites spécifiques ; c'est en se rejoignant que ces deux questions en ont constitué une troisième : la cirrhose syphilitique avec péritonite syphilitique et ascite, dont l'étude est relativement récente.

I. — Dans l'antiquité, on savait déjà que certaines maladies du foie étaient provoquées par l'abus du vin : les livres hippocratiques en témoignent. Erasistrate décrit les caractères principaux du foie scléreux trois siècles avant notre ère. Soranus parle plus tard « d'indurations des organes, qu'on appelle cirrhoses », décrit la consistance pierreuse du foie dans la maladie qui s'accompagne d'œdème et d'ascite.

Morgagni (1682-1771) décrit l'observation très précise d'un cirrhotique avec ascite, et définit le flot ascitique : à l'autopsie, on trouvait un foie dur, non hypertrophié,

formé de lobules glanduleux distincts, une rate volumineuse.

En 1819, Laënnec, dans le Traité d'auscultation médiate, donne de la cirrhose une description restée classique : atrophie, consistance, aspect granuleux de la tranche de coupe, couleur fauve ou jaune-roux des nodules qui avaient été observés, en particulier, pour la première fois, à l'autopsie d'un tuberculeux. Laënnec n'affirmait pas encore l'étiologie de l'affection : il crée le mot de « cirrhose ».

Depuis Laënnec, la question a été l'objet de nombreuses recherches. Ces recherches portent surtout sur l'anatomie pathologique du foie (Bright, 1827) et sur l'étiologie. Cette dernière étude nous intéresse particulièrement.

Gubler (1821-1879) avait déjà parlé de l'étiologie alcoolique de la cirrhose de Laënnec. Pourtant la plupart des cliniciens passent, longtemps encore, cette opinion sous silence.

C'est à la suite de travaux de Lancereaux que l'étiologie éthylique semble définitivement établie, et le terme de cirrhose de Laënnec devient synonyme de cirrhose atrophique du foie, avec ascite, et d'origine alcoolique. Pour Lancereaux, la cirrhose de Laënnec s'observe surtout chez les buveurs de vin. Pour Magnus Huss, Potain, chez les buveurs d'eau-de-vie et de diverses essences. Vers la même époque (dans les trente dernières années du XIX^{e} siècle) l'expérimentation est abordée par Charcot et Gombault.

Mais voici que la question, qui semblait simplifiée, se complique : les recherches modernes ont montré que l'alcoolisme n'était pas le seul facteur en cause, à l'origine de la cirrhose atrophique de Laënnec ; celle-ci

devient non plus une maladie bien caractérisée, mais un syndrome à causes diverses. La bactériologie et les moyens d'investigation nouveaux permettent de dépister deux causes qui jouent un rôle étiologique très important : la tuberculose et la syphilis.

La tuberculose joue, tout au moins, le rôle d'un facteur d'association. Jousset, par l'inoculation au cobaye, prouve que, dans certaines cirrhoses alcooliques, le liquide d'ascite contient du bacille de Koch. Roque et Cordier, et avec eux les auteurs lyonnais, tentent de faire jouer un grand rôle à la tuberculose comme cause de la cirrhose. Gilbert et Villaret ont constaté, par l'examen cytologique, la transformation tuberculeuse de l'ascite chez plusieurs cirrhotiques. Si la cirrhose n'est pas, forcément, dans ces divers cas, tuberculeuse, on est obligé de reconnaître que l'ascite, tout au moins, est due à l'infection tuberculeuse ; la théorie inflammatoire de l'ascite, infectieuse ou toxique, tend à se substituer, dans certains cas, à la théorie mécanique.

Telle est la première phase de cette question de l'historique.

II. — Mais, tandis que se poursuivaient ces études, d'autres recherches étaient faites, relatives à la péritonite syphilitique, capable, elle aussi, d'engendrer des ascites.

L'existence des lésions péritonéales syphilitiques est connue depuis longtemps : dès 1803, Portal décrivait des lésions péritonéales chez un sujet qui avait présenté des symptômes de syphilis et pensait voir là l'extension du processus syphilitique au péritoine.

En 1812, Hufeland, médecin hollandais, émet l'opinion que certaines hydropisies pourraient bien être de nature

syphilitique. Pourtant, pendant longtemps encore, on devait attribuer la cirrhose, avec ascite, à d'autres causes.

En 1857, Albert Puech publie la première observation vraiment nette de syphilis péritonéale. A partir de ce moment-là, les observations vont se multiplier : la syphilis de la séreuse péritonéale, provenant d'une extension de syphilis hépatique ou intestinale, est décrite d'une façon de plus en plus précise. Lancereaux lui-même décrit des cas de péritonite syphilitique des plus typiques.

En 1890, la première observation d'ascite guérie par le traitement mercuriel est publiée par Sézary et Renaut. Parallèlement encore à ces études, on apprenait à connaître, de mieux en mieux, les modalités anatomo-cliniques de la syphilis hépatique. Mais la liaison entre ces diverses études n'était pas bien établie à la fin du siècle dernier.

III. — Il existe donc un syndrome de Laënnec, d'une part ; d'autre part, foie et péritoine peuvent être atteints par la syphilis.

Or, dans ces dernières années, de nombreux auteurs ont montré que le foie syphilitique pouvait présenter l'aspect du foie atrophique, que dans ces cas la symptomatologie pouvait se compliquer d'une ascite due à une péritonite syphilitique ; le syndrome est identique au syndrome classique de Laënnec — il existe une forme syphilitique de la cirrhose de Laënnec.

Cette part de la syphilis a été particulièrement mise en relief par les études de Letulle et Bergeron, Debove, Castaigne, Balland (thèse de 1912). Dans diverses observations de ces auteurs, on se trouve en présence de

malades atteints de cirrhoses de Laënnec présentant un Wassermann positif, et le traitement spécifique amène parfois une amélioration et même une guérison totale de l'ascite. Signalons encore les observations de Courtois-Suffit et Giroux, les études anatomo-pathologiques de Letulle, la thèse d'Andrieux (1921).

Tout récemment, dans le service de notre Maître M. le professeur Ducamp, deux malades, entrés avec un syndrome typique de Laënnec, ont été guéris par le traitement mercuriel. C'est ce fait particulier de la guérison de ces deux malades qui a été le point de départ de ce travail ; c'est ce fait même que nous voulons prendre comme base de cette étude. La question, en effet, très vaste, pourrait être considérée sous de multiples aspects ; nous en résumerons rapidement l'état actuel ; nous exposerons ensuite les deux observations qui nous permettront de développer ce point de vue spécial de *l'action du traitement antisyphilitique sur certaines cirrhoses de Laënnec*, traitement dont l'importance est double : au point de vue du diagnostic des cirrhoses (traitement d'épreuve), et au point de vue, bien entendu, surtout thérapeutique.

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

Parmi les multiples problèmes que soulève cette question, nous avons choisi celui qui nous a semblé le plus pratique, le problème du diagnostic de ces formes syphilitiques de la cirrhose de Laënnec et surtout de leur traitement, le diagnostic et le traitement se faisant souvent, comme nous le verrons, en même temps.

En effet, à l'heure actuelle, l'existence même de ces formes n'est plus mise en doute : les observations sont nombreuses, qui prouvent cette existence, et il eût été peu intéressant d'ajouter simplement deux cas à la longue liste des cas publiés.

Dès 1912, Balland publiait 21 observations et déclarait que fréquemment les cirrhoses syphilitiques simulaient les formes alcooliques. Letulle, en collaboration avec son élève Bergeron, a montré que, sur 154 cirrhoses alcooliques observées à l'hôpital Boucicaut, 74 présentaient une réaction de Wassermann positive : près d'une fois sur deux, un cirrhotique banal, alcoolique ou non, parfois même tuberculeux, est en même temps atteint de syphilis. O. Weill trouve le Wassermann positif 10 fois sur 21, et Castaigne (1918) 8 fois sur 34. Courtois-Suffit

et René Giroux publiaient en 1910 des cas de guérison sur lesquels nous reviendrons, et déclaraient à ce propos que la syphilis, à côté de l'alcoolisme et de la tuberculose, paraît jouer un rôle important dans la formation de l'ascite des cirrhotiques ; ils écrivaient dans leurs conclusions : « Dans toute cirrhose du foie avec ascite, il faut penser à la possibilité d'une syphilis ancienne en évolution. » Enfin, preuve indéniable, le tréponème a été retrouvé dans le péritoine de cas semblables.

Et les ouvrages classiques considèrent qu'une place importante doit être donnée à cette forme spéciale. Coste, dans son livre « Du symptôme à la maladie », remarque que la syphilis tertiaire du foie présente, tant que ce dernier n'est pas ficelé, un tableau semblable parfois à celui de la cirrhose atrophique. Castaigne et Fiessinger (Livre du Médecin : Maladies du foie) décrivent, comme forme anormale de la syphilis hépatique acquise, la « cirrhose atrophique simulant tout à fait la cirrhose de Laënnec d'origine alcoolique ».

La question des lésions anatomiques a également été remarquablement mise au point par les travaux de Letulle. Cet auteur a insisté sur les lésions du péritoine, et sur ce fait que l'ascite est due, non à l'hypertension portale, mais à une véritable sérite : il y a hydropéritonite subaiguë.

Ces lésions sont assez caractéristiques ; nous nous contenterons de les résumer. Il y a épaississement et aspect nacré de diverses régions du péritoine pariétal ou viscéral. L'intestin est recouvert d'un glacis de péritonite chronique scléreuse, qui alourdit les anses et leur donne un aspect de « boudin blanc » tout particulier. Les anses grêles apparaissent beaucoup moins nombreuses qu'à l'état sain ; cet intestin grêle peut être raccourci de

1, 2 et même 4 mètres, tout en s'épaississant de façon proportionnelle. Le gros intestin peut, lui aussi, être diminué de longueur, et les détails de sa surface être noyés dans le glacis péritonéal.

Sur certains points on peut voir de véritables mutilations ou déformations cicatricielles du péritoine. Des coudures intestinales peuvent être produites, le long du côlon ascendant, par accolement ou rétraction du péritoine, et l'on peut noter des phénomènes d'obstruction.

Microscopiquement, les lésions sont caractérisées par une hyperhémie et une infiltration leucocytaire du tissu conjonctivo-vasculaire ; on peut même y voir des gommes miliaires. Enfin, et surtout, une partie plus ou moins étendue de l'armature élastique du péritoine a disparu : cette armature est parfois labourée de fond en comble.

Ces lésions du péritoine, outre qu'elles caractérisent la forme syphilitique, jettent un jour particulier sur la pathogénie des ascites en général.

Quelque intérêt qu'aient ces divers aspects du problème, nous l'avons considéré sous une autre forme. Nos observations n'ont malheureusement été suivies d'aucune constatation anatomique ; ce sont des observations de guérisons, et nous nous attacherons à mettre avant tout en valeur la haute portée pratique de l'enseignement que nous apportent ces observations que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Ducamp et que nous allons maintenant rapporter.

Ce problème du traitement des ascites par les agents antispécifiques a sans doute déjà été souvent envisagé ; mais il ne semble pas que les résultats aient toujours été bien satisfaisants, ni que la méthode de traitement ait été spécialement mise au point. Souvent le diagnostic de spécificité n'a été fait que par les anamnestiques,

ou le Wassermann, ou encore a été établi sur des pièces anatomiques. Nous essaierons de montrer ce que l'on peut attendre, dans certaines conditions que nous préciserons, du traitement d'épreuve, moyen de diagnostic, et du traitement curatif.

OBSERVATIONS

Observation I

M. C..., cultivateur, entre en mars 1921 dans le service de M. le professeur Ducamp. Ce malade, âgé de 48 ans, est porteur d'une ascite volumineuse, avec œdème des membres inférieurs et des bourses, circulation collatérale. La base gauche est congestionnée. Le foie a 6 cm. de hauteur maxima. La rate est percutable et sa matité s'étend sur une hauteur de 12 cm.

L'ascite s'est formée en janvier 1921. Le malade avait présenté, en juin 1920, une néphrite avec albuminurie, azotémie, œdème, qui avaient guéri ; en mars 1921, on ne retrouve plus trace de ces accidents. Il présentait, en outre, des antécédents éthyliques suffisants pour que l'on puisse penser à une cirrhose de Laënnec éthylique. Pas d'antécédents syphilitiques avoués. Le Wassermann est négatif.

La première ponction, faite en mars 1921, soustrait 8 lit. 1/2 d'ascite. Le liquide se reforme rapidement : 17 jours après la 1re ponction, une 2e ponction retire 12 litres de liquide ; une 3e, 12 jours plus tard, 12 litres

encore. Et ainsi de suite, le malade subit 7 ponctions jusqu'en juillet 1921.

En juillet 1921, l'état du malade est devenu des plus alarmants. M. C... se cachectise et l'anémie séreuse fait craindre une issue fatale à brève échéance. Bien que rien ne puisse, dans les antécédents ni dans les examens de laboratoire, faire penser à la syphilis, on tente la dernière chance de sauver le malade et on lui donne du sirop de Gibert (à la dose de 2 cuillers à bouche par jour).

Tandis que se poursuit le traitement spécifique, l'ascite se reforme, et pendant le mois de juillet 1921 deux autres ponctions sont faites, la 2e est pratiquée fin juillet, elle devait être la dernière.

On continue le traitement jusqu'à mi-août (en tout six semaines).

L'ascite ne se reforme plus : le malade avait fourni une quantité d'ascite égale à 96 litres ; six semaines de traitement au sirop de Gibert avaient suffi pour tarir cette formation de liquide.

Actuellement, le malade se porte bien, fait un métier relativement fatigant; son foie, cependant, est devenu un peu plus gros qu'un foie normal, et l'on est en droit de se demander si un nouveau traitement ne serait pas opportun pour enrayer l'évolution de ce nouveau syndrome. Quant à son état général, il est excellent.

Cette observation est remarquable par le contraste qu'elle établit entre l'intensité du symptôme « ascite », la rapidité de reformation, le grand nombre de ponctions pratiquées en vain, d'une part, et, d'autre part, la facilité, la rapidité avec lesquelles la guérison a été obte-

nue, par un traitement qui, en d'autres circonstances, eût pu paraître bien timide.

Mais, comme nous le verrons, ici les conditions sont tout autres que dans les cas de syphilis viscérale quelconque : l'ingestion, loin d'être la méthode que l'on emploie, faute de mieux, est ici au contraire la méthode de choix ; et on comprend ainsi que des moyens habituellement si faibles aient pu déterminer des modifications si profondes de l'état pathologique.

Cette observation nous montre, en outre, qu'il ne faut pas hésiter à entreprendre semblable traitement, même quand la clinique ne permet pas de soupçonner la syphilis, même si le Wassermann est négatif.

Enfin, si d'ordinaire de semblables traitements ne réussissent que chez des sujets présentant une cirrhose au début, avec bon état général, nous avons là, au contraire, un exemple dans lequel le mauvais état général, l'atteinte néphritique antérieure, auraient pu faire craindre un échec ; l'expérience a montré que cette crainte eût été injustifiée.

Observation II

C. C..., âgé de 45 ans, ressent en février 1922 des douleurs dans la région abdominale (région péri-ombilicale et flancs) ; il éprouve une sensation de froid et a l'impression « qu'on lui écrase l'intestin ».

En même temps, le malade, qui a été plutôt coloré, prend un teint jaunâtre. Il ne présente pas de troubles digestifs. Tandis que ses membres s'amaigrissent, son

abdomen augmente rapidement de volume ; 15 jours après le début de cette évolution, il entre à l'hôpital dans le service de M. le professeur Ducamp, le 1er février 1922.

Au moment de son entrée, le malade présente des signes d'une ascite très volumineuse ; les malléoles, les jambes, les bourses sont fortement œdématiées. La paroi abdominale est le siège d'une importante circulation collatérale. Le foie est petit ; la rate est hypertrophiée. Pas de symptômes digestifs, pas d'hémorragies, ni d'hémorroïdes.

En somme, on se trouve en présence d'un syndrome de Laënnec typique ; pourtant, l'absence de troubles digestifs, la rapidité de l'évolution, la présence de la douleur abdominale préascitique donnent à ce syndrome une allure un peu particulière. Néanmoins, les habitudes alcooliques du malade sont suffisantes pour que l'on puisse diagnostiquer : cirrhose de Laënnec éthylique ; ce diagnostic est cependant réservé et l'on fait pratiquer un Wassermann (3 mars 1922).

Le Wassermann, bien que le malade nie toute spécificité, est positif fort. Le malade crache un peu ; on ne trouve pas de bacilles dans son expectoration.

L'ascite avait, durant les premiers jours d'hospitalisation, augmenté de volume : une ponction était devenue nécessaire ; elle est pratiquée le 28 février, et l'on retire 12 litres de liquide. On peut alors mieux vérifier l'atrophie et l'hypertrophie de la rate (7 à 8 cm. de matité).

L'ascite se reforme avec une telle rapidité que, le 23 mars, une nouvelle ponction est nécessaire ; entre ces deux ponctions, le traitement spécifique a été commencé. Le traitement consiste d'abord en suppositoires à l'onguent mercuriel, puis en injections de cyanure de mer-

cure. On fait la 1re injection le 11 mars ; dès lors, tous les deux jours, on pratique une injection de 2 centigrammes de cyanure de mercure intraveineux.

La 2me ponction (celle du 23 mars), qui soustrait 11 litres de liquide, est faite le jour même où le malade reçoit sa 6me piqûre intraveineuse ; cette ponction devait être la dernière. Le traitement se poursuit jusqu'au 24 avril (total de 40 centigrammes de cyanure). L'ascite ne se reforme pas, et actuellement le malade ne présente aucun symptôme d'ascite. Son état général est bon, et, pratiquement, on peut considérer ce malade comme guéri.

Ici, les conditions étaient particulièrement favorables: le malade, à l'entrée, n'avait encore subi aucune ponction ; son ascite était en formation. Le Wassermann, positif, a amené à faire immédiatement un traitement spécifique. Les voies employées ont été, à la fois la voie sanguine pour lutter contre l'infection spécifique générale que révélait la positivité du Wassermann, et la voie porte, par le chemin le plus sûr et le plus direct, au moyen de suppositoires à l'onguent mercuriel.

Mais, si les conditions étaient favorables, on voit que le traitement a été rapidement efficace. On a pu enrayer l'évolution du mal, avant que les lésions n'eussent atteint un degré considérable, et surtout on a pu éviter au malade ces ponctions répétées qui, outre le désagrément qu'elles causent aux cirrhotiques, les amènent rapidement à un état d'anémie séreuse et de cachexie dont on ne peut plus toujours se rendre maître.

*
* *

Si la première observation nous enseignait que, même

dans des cas anciens, et avec Wassermann négatif, il ne faut pas désespérer, celle-ci nous apprend l'utilité du Wassermann, l'utilité de la précocité du traitement qui arrête rapidement l'évolution d'une maladie dont l'issue eût certainement été fatale. De cette façon nous trouvons dans ces deux observations des conditions assez différentes, et assez extrêmes, pour que nous puissions essayer maintenant de dégager des conclusions d'une généralité suffisante.

Devant les résultats remarquables qui ont été obtenus chez ces deux malades, on est obligé d'admettre qu'il existe bien une forme syphilitique du syndrome de Laënnec, et que cette forme est, dans certaines conditions, curable.

Nous voudrions envisager successivement les deux aspects suivants de la question :

1° Quelles sont les données actuelles qui permettent d'affirmer, étant donné un malade atteint du syndrome de Laënnec, de diagnostiquer qu'il s'agit d'une forme d'origine syphilitique ? Cette question revient donc à une étude de diagnostic.

2° Dans quelles conditions le traitement spécifique, appliqué à des formes syphilitiques du syndrome de Laënnec, sera-t-il efficace ? Après le problème de diagnostic, nous devons donc envisager un problème de thérapeutique ; ces deux problèmes, d'ailleurs, n'en font qu'un au point de vue pratique, car, pratiquement, le problème du diagnostic consiste à poser les indications du traitement, et ce diagnostic ne peut, souvent, être établi que par un traitement d'épreuve.

DIAGNOSTIC

Les malades dont les deux observations ci-dessus exposées rapportent l'histoire se présentaient avec les symptômes capitaux de la cirrhose de Laënnec :

Le foie dans les deux cas était petit ;

La rate était hypertrophiée ;

Il y avait de la circulation collatérale ;

Il y avait une ascite très volumineuse, déterminant même des symptômes de compression de la veine cave inférieure.

Aucun signe particulier ne permettait de penser à la syphilis. Certains auteurs, pourtant, croient pouvoir assigner aux formes syphilitiques des caractères un peu particuliers. C'est ainsi que Balland pense que, dans ces formes, les troubles digestifs prodromiques peuvent être fort atténués ou vagues. En outre, il note l'absence fréquente des symptômes nerveux (fourmillements, crampes, rêvasseries) habituels chez les alcooliques. Enfin il constate la fréquence des douleurs liées à la périhépatite et la rapidité de la réapparition de l'ascite après ponction.

Sans doute, ces signes peuvent avoir leur valeur, mais il faut avouer qu'elle est bien relative.

L'interrogatoire des sujets ne fournit pas non plus de renseignements toujours bien précis.

Une première remarque, importante, c'est que ces sujets sont souvent des alcooliques, si bien que l'on pourrait être amené à attribuer à l'alcool seul toute la responsabilité des accidents (dans ce cas, bien entendu, on peut retrouver toute la série de symptômes nerveux ou digestifs, qui font partie du cortège symptomatologique des cirrhoses alcooliques). Or, c'était précisément le cas de nos deux malades, pour lesquels les antécédents alcooliques suffisaient amplement à expliquer l'établissement d'une cirrhose atrophique. Et puis, il y a toute la catégorie qui, sans être des alcooliques avérés, ont néanmoins l'habitude d'absorber des doses journalières de vin qui dépassent la quantité que commanderait une sage hygiène, et dès lors on se trouve embarrassé pour affirmer que la boisson n'est pas en cause. Disons en passant que cette association de deux étiologies, alcool et syphilis, explique fort bien la prédilection du virus syphilitique pour le foie et le tube digestif qui sont devenus, par le fait de l'intoxication éthylique, des lieux de moindre résistance.

Cette difficulté de diagnostic amène Castaigne et Chéray (Livre des maladies du foie) à écrire que la cirrhose syphilitique pure est à peu près impossible à diagnostiquer, parce qu'elle reproduit entièrement la forme de Laënnec.

Peut-on davantage compter sur le laboratoire ? Si le Wassermann est positif, c'est que le sujet est spécifique, mais cela veut-il dire que sa cirrhose soit d'origine syphilitique ? Un sujet spécifique peut, théoriquement,

faire une cirrhose alcoolique ou tuberculeuse. Et, si le Wassermann est négatif, il faut bien se garder de conclure que le sujet n'est pas syphilitique : le pourcentage de la positivité du Wassermann, dans la syphilis, dépend en effet de facteurs encore souvent mal élucidés, et nous avons, dans les deux observations précitées, la démonstration de la relativité de la valeur d'un Wassermann négatif, puisque l'un de nos malades avait une réaction fortement positive, tandis que l'autre avait un Wassermann négatif.

Le diagnostic doit donc être basé essentiellement sur le traitement d'épreuve, qui montre, quand il est suivi d'amélioration, non seulement que le malade est un syphilitique, mais encore que sa cirrhose et son ascite sont d'origine syphilitique. Ce traitement a, en outre, l'avantage d'être le commencement d'un traitement curatif et nous en revenons à l'idée fondamentale que suggèrent ces observations : le traitement antisyphilitique est le plus sûr moyen de diagnostic, et permet de confondre les deux questions du diagnostic et du traitement.

Sans doute il est des cas où, malgré la nature spécifique de la lésion, le traitement ne donnera rien ; mais il s'agit alors de cas incurables, et, pratiquement, le diagnostic a une importance bien relative ; là où la précision du diagnostic peut sauver la vie du malade, c'est du même coup que se font souvent et le diagnostic et le traitement.

Bien entendu, cela n'empêchera pas de chercher, dans les antécédents personnels ou héréditaires, des renseignements susceptibles d'éclairer ce diagnostic. Cela n'empêchera pas de soumettre à la réaction de Wasser-

mann le sang (ou le liquide ascitique) de tout malade atteint de cirrhose de Laënnec.

Cela n'empêchera pas d'essayer de dépister, par un examen clinique minutieux, les petites différences qui peuvent amener à penser à la forme spécifique, et de chercher surtout, par l'examen de divers appareils, quelque stigmate, quelque affection ou quelque cicatrice révélant une syphilis héréditaire ou acquise.

Mais, tant que le traitement d'épreuve n'a pas été institué, on ne peut pas affirmer qu'une cirrhose de Laënnec n'est pas, à la fois, syphilitique et curable.

TRAITEMENT

Qu'il s'agisse de traitement d'épreuve ou de traitement curatif, il semble que le choix et la méthode d'application du médicament constitue une question capitale.

Nous étudierons successivement : le médicament ; — la voie d'introduction ; — la phase de la maladie à laquelle il est efficace ; — la durée et la répétition ; — l'avenir de ces malades.

Le médicament.

Etant donné l'état du foie, il est prudent de rejeter l'emploi des arsenicaux dans la cirrhose syphilitique : les composés arseniçaux sont nocifs pour la cellule hépatique, et, en outre, ils possèdent une toxicité qui ne cesse d'être dangereuse que chez les sujets dont les fonctions antitoxiques sont normalement assurées par le foie.

Restent les composés iodurés et mercuriels.

Il y a trente ans, Hanot et Troisier avaient guéri des cirrhoses par l'iodure de potassium (ils pensaient ainsi lutter contre le processus de sclérose, sans faire appel

aux propriétés antisyphilitiques du médicament). C'est ce que Letulle faisait remarquer (à la Société médicale des hôpitaux du 24 janvier 1919), lors de la publication par Courtois-Suffit et Giroux de 4 observations de guérison de cirrhose avec ascite. Ces divers auteurs ont guéri un malade en lui administrant 4 gr. d'iodure par jour pendant 4 mois ; deux autres en associant cette dose d'iodure à du cyanure de mercure.

Néanmoins, l'iodure seul semble donner des résultats moins rapides que la méthode préconisée par notre maître M. le professeur Ducamp ; dans les observations rapportées plus haut, c'est le mercure qui a été mis en œuvre, sous trois formes différentes : cyanure de mercure, sirop de Gibert (association de mercure et d'iodure), onguent mercuriel. Ceci nous amène à parler des voies d'introduction, et par suite des doses.

Les voies d'introduction du mercure.

Si l'on a en vue l'infection syphilitique en général, il est évident que c'est par la voie intraveineuse que l'on imprégnera le plus rapidement et le plus intensément l'organisme ; chez notre deuxième malade, cette méthode a donné un excellent résultat, et ce résultat a été obtenu très rapidement : on a fait appel au cyanure de mercure, à raison de 1 centigramme par jour (2 centigrammes tous les deux jours) ; si le médicament est mal supporté, on peut essayer des séries de 10 piqûres séparées par un temps de repos de 10 jours. On arrive à un total de 40 centigrammes.

Mais il ne s'agit pas toujours de lutter contre une

infection à localisations multiples, et la localisation essentielle est au foie (et au péritoine).

Aussi semble-t-il logique de faire appel aux méthodes qui portent le mercure directement au foie, par l'intermédiaire de la veine porte : ceci est réalisé par l'ingestion. Notre premier malade a guéri par l'ingestion de sirop de Gibert (2 cuillerées à soupe par jour, pendant 3 mois). Cette méthode est plus simple, plus facile à faire accepter aux malades, plus facile à appliquer en dehors de l'hôpital et elle ne comporte pas les risques — bien peu importants, il est vrai — que peuvent créer les injections intraveineuses de cyanure. Elle sera employée d'autant plus logiquement ici, que le mercure est amené directement, par cette voie portale, dans le foie. Le seul inconvénient que présente ce mode d'introduction, la lenteur et la faiblesse de l'action, quand il s'agit de syphilis d'autres organes, disparaît ici puisque, au contraire, cette action apparaît, théoriquement et pratiquement, comme remarquablement active.

Mais on peut encore craindre que l'ingestion, qui fait subir au médicament le contact des sucs digestifs, altère la composition de la préparation mercurielle.

Comme le fait remarquer M. le professeur Ducamp, il semble logique d'essayer, dans de tels cas, l'emploi de suppositoires mercuriels, car le mercure est alors directement absorbé par l'intestin, et conduit au foie par la veine porte avec le minimum de remaniements possible ; il arrive au foie aussi rapidement et aussi intégralement que possible ; on le dépose sur le chemin le plus direct qui, de l'extérieur, puisse conduire au foie. Cette méthode a été combinée aux injections de cyanure chez le deuxième malade, ajoutant ainsi, à l'action générale du cyanure, l'action locale du composé mercuriel contenu dans les

suppositoires. Les suppositoires employés renferment chacun 1 centigrammes d'onguent mercuriel : très facilement acceptés par le malade, ils constituent donc une méthode facile et efficace que l'on pourra employer, sinon seule, tout au moins associée aux autres méthodes.

Il s'agit, en effet, d'agir rapidement si l'on ne veut pas laisser l'affection devenir incurable, et l'anémie séreuse s'installer. Aussi, on ne craindra pas les fortes doses chez ces malades qui seraient voués à une mort certaine au cas où le traitement spécifique serait négligé ou timide. Nous reviendrons sur ce fait à propos de la durée du traitement.

Rôle de la date à laquelle est fait le traitement.

Letulle fait remarquer que, parmi les nombreux cas d'ascite syphilitique qu'il a traités, bien peu ont eu une guérison stable. Et il donne comme première raison que souvent les malades qui arrivent à l'hôpital sont déjà plongés dans un état de cachexie avancée ; ils ont subi plusieurs ponctions qui ont déterminé de l'anémie séreuse ; leur foie, porteur de lésions avancées, est devenu insuffisant : il est trop tard pour les guérir.

Nous pensons, en effet, que le traitement doit être précoce. Chez notre deuxième malade, aucune ponction n'avait été faite avant l'entrée à l'hôpital.

Parmi les 4 malades dont Courtois-Suffit a publié la guérison, chez l'un, le traitement a été commencé sitôt après la première ponction ; chez un autre, il n'a jamais été pratiqué de ponctions et l'ascite s'est résorbée sous la seule action du traitement.

Pourtant, il ne faut pas négliger le traitement sous

prétexte que le malade a déjà subi de nombreuses ponctions et qu'il semble déjà cachectique : notre première observation en fait foi ; il faudra savoir agir le plus tôt possible, mais ne jamais désespérer, même quand on est en droit de croire qu'il est peut-être trop tard.

Durée et répétition.

Les deux cas que nous avons rapportés sont des cas où la guérison a été rapide. Il n'en est pas toujours ainsi. Letulle déplore que les malades, soulagés par la ponction, n'aient pas toujours la patience d'attendre que leur traitement soit efficace, et nous savons tous combien il est souvent difficile de faire accepter à un malade spécifique la longue hospitalisation que nécessite son état ; ceci est encore plus délicat quand il s'agit d'un malade à la fois spécifique et alcoolique, qui a hâte de retourner, sinon à son travail, du moins à sa passion favorite : la boisson.

Courtois-Suffit cite un cas où, le traitement ayant été entrepris sitôt la première ponction, le malade dut être reponctionné 6 fois, tandis que se poursuivait son traitement, avant que le résultat thérapeutique ait été obtenu.

Donc le traitement devra, dans certains cas, être poursuivi fort longtemps.

Letulle insiste en outre sur les récidives ; mais quelle est l'affection syphilitique que l'on puisse dire guérie après un seul traitement ? Le meilleur moyen d'éviter les récidives, c'est sans doute de faire subir à ces malades, comme à tous les spécifiques, des cures plus ou

moins espacées selon les cas, de façon à éviter le retour des accidents dont le premier traitement avait eu raison.

Avenir des malades traités.

On a souvent dit que le symptôme dominant de la cirrhose de Laënnec étant l'ascite, le traitement de cette cirrhose devait, avant tout, chercher à lutter contre ce symptôme. Mais cette guérison d'un symptôme n'est pas forcément la guérison de la maladie.

Les lésions de la cirrhose sont des lésions cicatricielles, et il ne semble pas qu'aucun médicament soit capable de transformer un foie cirrhotique en un foie normal. Donc, anatomiquement, il ne saurait s'agir de restitutio ad integrum.

Mais, à côté de la guérison anatomique, il y a la guérison physiologique. La plupart des cas observés ont montré la persistance d'une splénomégalie, d'une atrophie du foie, et pourtant les sujets semblaient avoir retrouvé complètement le fonctionnement normal de leurs divers appareils. Le foie, en effet, peut être en partie détérioré, sans que ses fonctions soient déficientes. Le tissu hépatique est en excès, et il suffit qu'une portion de ce tissu fonctionne pour que l'organisme conserve son équilibre physiologique.

L'avenir de ces malades dépendra donc de la précocité du traitement. Tout ce que l'on peut obtenir, c'est l'arrêt de l'extension des lésions du foie, et aussi des lésions du péritoine ; or, si le sujet est traité alors que ses lésions sont encore minimes, on pourra fixer ces lésions à un stade où elles ne troubleront pas le fonctionnement de l'appareil digestif et de l'appareil hépatique.

Si l'on attend trop, au contraire, en supposant même que l'on puisse enrayer l'extension du processus syphilitique, on se trouvera en présence d'un foie dont les fonctions seront troublées : il y aura insuffisance hépatique. Le péritoine, profondément lésé, déterminera des phénomènes douloureux ; des déformations intestinales se seront installées, et nous avons déjà dit que les cas d'occlusion par une bride péritonéale n'étaient pas exceptionnels.

Enfin, les sujets qui ont subi de nombreuses ponctions présentent de l'anémie séreuse qui les amène rapidement, cette cause s'ajoutant aux précédentes, à un état de cachexie tel que tout espoir de guérison doit être abandonné.

Donc, au point de vue fonctionnel sinon anatomique, la cirrhose atrophique syphilitique peut guérir, à la condition que le traitement soit appliqué dans des conditions déterminées, qui ont été précisées au cours de ce chapitre.

CONCLUSIONS

Nous avons envisagé le problème de la cirrhose de Laënnec à un point de vue exclusivement pratique.

1° Aussi n'avons-nous pas soulevé la question fort intéressante des enseignements que nous fournissent ces cirrhoses, relativement à la pathogénie de l'ascite. En face de la théorie mécanique, par gêne de la circulation de la veine porte, se dresse la théorie inflammatoire, qui veut voir, même dans la cirrhose alcoolique, le résultat d'une réaction péritonéale. Ici, comme dans les cas de la tuberculose, l'origine inflammatoire de l'ascite ne fait pas de doute. L'ascite n'est plus un simple « œdème » mécanique du péritoine, c'est un épanchement comparable à celui des pleurésies, épanchement dû à une péritonite spécifique surajoutée à la cirrhose, que le point de départ soit intestinal ou hépatique.

2° Nous n'avons pas insisté non plus sur les lésions anatomiques, qu'il ne nous a pas été donné d'observer ; nous avons rappelé que la péritonite spécifique se présente anatomiquement avec des caractères macroscopiques et microscopiques bien spéciaux qui font de la cirrhose syphilitique une affection absolument déterminée.

3° Et pourtant cette affection définie est, cliniquement, d'un diagnostic souvent impossible : rien, dans nos observations, ne permettait de différencier cette cirrhose de la simple cirrhose alcoolique, si ce n'est quelques légères particularités de symptomatologie.

4° Pas même les notions étiologiques ; sans doute un interrogatoire serré et un examen complet pourront parfois mettre sur la voie en révélant une syphilis ancienne . il n'en a rien été dans les deux cas étudiés.

En outre, la cirrhose atrophique spécifique survenant de préférence chez des alcooliques, on conçoit avec quelle facilité on pourrait se laisser aller à rapporter toute la maladie à cette étiologie éthylique.

5° Le Wassermann doit être fait dans toute cirrhose atrophique, mais il ne faut lui accorder de valeur que s'il est positif, et, s'il est négatif, ne pas abandonner pour cela l'idée d'une syphilis possible.

6° Etant donné la fréquence de la cirrhose du type Laënnec d'origine syphilitique, et étant donné la différence de l'évolution entre une cirrhose syphilitique convenablement traitée et une cirrhose purement alcoolique, le médecin devra *toujours* penser, en face d'une cirrhose de Laënnec, à la possibilité de la nature syphilitique, et, même quand la syphilis est niée, même quand le Wassermann est négatif, entreprendre un traitement d'épreuve. C'est là, au fond, le point capital des conclusions que nous apportons.

7° La cirrhose de Laënnec syphilitique est curable, fonctionnellement tout au moins, dans certaines conditions.

Le traitement sera aussi précoce que possible, mais, même tardif, il peut être encore efficace.

Le traitement sera intense.

Le traitement sera prolongé.

Le traitement sera répété, s'il y a lieu.

8° Le médicament de choix est le mercure, qui peut être donné sous forme de cyanure de mercure intraveineux.

Mais, étant donné que la lésion principale est au foie, on peut agir plus directement en amenant à cet organe par la voie portale, le médicament, soit par ingestion (sirop de Gibert par exemple), soit par l'emploi de suppositoires d'onguent mercuriel. Ces diverses méthodes peuvent d'ailleurs être combinées.

9° L'avenir de ces malades dépend de l'état des lésions au moment où a été appliqué le traitement ; convenablement employé, ce traitement peut amener l'arrêt des lésions qui conduiraient si vite les cirrhotiques vers l'insuffisance hépatique, et surtout la guérison du symptôme dominant, l'ascite, qui provoque des accidents mécaniques tels qu'ils nécessitent des ponctions répétées amenant rapidement les malades à un état d'anémie séreuse et de cachexie dont l'aboutissant est la mort.

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Action du traitement mercuriel sur certaines cirrhoses de Laënnec,

par M. Pavlovitch.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 20 juillet 1922.

Le Professeur.

DUCAMP.

Vu :

Montpellier, le 20 juillet 1922.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 20 juillet 1922.

Le Recteur,

Jules COULET.

BIBLIOGRAPHIE

Andrieux. — A propos de quelques cas de cirrhoses traitées par le mercure (Th. de Montpellier, 1921).

Balland. — Des cirrhoses syphilitiques simulant des cirrhoses alcooliques (Th. de Paris, 1912).

Barrié. — De la syphilis intestinale (Journal des praticiens, 1889).

Brizard. — Lésions anatomo-pathol. du péritoine dans la syphilis viscérale (Th. de Paris, 1918).

Brouardel et Gilbert. — Maladies du péritoine.

Castaigne. — Les cirrhoses syphilitiques (Bull. médic., octobre 1912).

Castaigne et Trémolières. — La syphilis (Syphilis du foie).

Chauffard. — Semaine médicale (1897 et 1899).

Courtois-Suffit et Giroux. — Cirrh. du foie avec ascite. Péritonite syphilitique suivie de guérison (Soc. méd. des hôpitaux, 1919).

Cullerier. — Union méd., 1854.

Debove. — Un cas de cirrhose de Laënnec (Bull. méd., 1912).

Delavarenne. — Essai sur la maladie du foie chez l'adulte (Th. de Paris, 1879).

Dieulafoy. — Cirrhoses mixtes (Gaz. hebd., 1881).

Ducamp, Carrieu, Gueit et Boulet. — Cirrhose de Laënnec et traitement mercuriel (Bull. Soc. des sciences méd. Montpellier, 1922).

Esmein et Parm. — Diagnostic de la nature syphilitique de certaines cirrh. du foie par la réaction de Wassermann (Arch. gén. de méd., 1909).

— Société de biologie, 1909.

Fiessinger. — Histogénèse de processus de cirrh. hép. (Th. de Paris, 1909).

Fournier. — Archives générales de médecine, 1889.

Galliard. — Des entéropathies syphilitiques (Presse méd., 1897).

Gaucher. — Traité de la syphilis des viscères.

— Société anatomique, 1879.

Gilbert et Lipmann. — Sem. méd., 1899, et Soc. méd. hôp., 1903.

Guiter. — Des cirrhoses mixtes (Th. de Paris, 1881).

Hanot. — Archives de méd., 1886.

Hayem et Tissier. — De la syphilis intestinale (Journal de méd., 1889).

Lacombe. — Accidents hépatiques de la syphilis chez l'adulte (Th. de Paris, 1874).

Lecorché. — Etudes médicales (Paris, 1881).

Letulle. — La péritonite syphilitique (Bull. Acad. de méd., 1918. — Presse méd., 1918).

Letulle et Bergeron. — Réaction de Wassermann et syphilis latente dans les cirrhoses et les néphrites chroniques (Pr. méd., 1912).

Leudet. — Mémoire sur les lésions de la syphilis viscérale (Moniteur des hôp., 1860).

— Archives générales de méd., 1866.

Parot. — Leçons cliniques (Progrès méd., 1878).

Portal. — Anatomie médicale. Ulcération du péritoine (1803).

Puech (A.). — Moniteur des hôpitaux, 1857.

Sézary et Renant. — Péritonite chronique (Bull. méd. de l'Algérie, 1890).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!